

Formulário - Processo de Retenção



Colaborador		MARULLIA FILIA		Qtd CRO(s)	1	Data	14/02/2023
Operadora	CRO	UF	Nome dentista				
Odontolife	3739	RO	TONY KENNEDY MENDONCA BARROS				
Data inclusão	Tipo	Demandado por?	Nº do protocolo	Dt. abertura protocolo			
27/10/2015	PF	Operadora	SAD167052073235	08/12/2022			
Cidade	PORTO VELHO	UF	Nº de vidas	Nº CRO(s) únicos divulgados			
	RO		808	42			
Atende outros convênios		Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> não informado					
Moeda	0,38	Última produç.	Valor última prod.				
		24/01/2023	R\$ 131,40				
Data início	Data final	Tempo finalização					
08/12/2022	14/02/2023	68 dia(s)					
1º contato	Data	09/12/2022					
Obs.:	Dra solicita desligamento do prestador Tony Kennedy - 20/01/2023; encaminhado mensagem via Whatsapp 69 9203-3884 questionando se há novos funcionários para inclusão no cadastro.						
2º contato	Data	02/02/2023					
Obs.:	Em retorno via whatsapp, foi informado que o responsável não está e foi nos orientado a retornar.						
3º contato	Data	09/02/2023					
Obs.:	Em retorno de e-mail informa que dr tony não faz mais parte do corpo clínico, questiono telefone ou e-mail						
4º contato	Data	14/02/2023					
Obs.:	Em contato pelo telefone (69) 32131118 as 09:24 secretária Celia informa que Dr não faz mais parte do corpo clínico, não possui telefone pessoal ou e-mail e os novos profissionais estão em fase de teste, oriento a abrir protocolo para incluir futuramente e passo telefone e e-mail de contato, aguardando formulário autorizado						

5º contato	Data	
Obs.:		
Motivo Retenção <input type="checkbox"/> Ofertado novos valores <input type="checkbox"/> Ofertado suporte <input type="checkbox"/> Ofertado Divulgação <input type="checkbox"/> Ofertado treinamento/ ou reciclagem <input type="checkbox"/> Outros		
Obs.:		
Motivo desligamento <input type="checkbox"/> Perda de de Contato <input type="checkbox"/> Problemas de Saúde <input type="checkbox"/> Beneficiário Grossoiro <input type="checkbox"/> Valores <input type="checkbox"/> Franquia <input type="checkbox"/> Alteração responsável técnico <input checked="" type="checkbox"/> Removido prestador <input type="checkbox"/> Burocracia <input type="checkbox"/> Glosas <input type="checkbox"/> Dificuldade Sistema <input type="checkbox"/> Sem local de Atendimento <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Regras Técnicas <input type="checkbox"/> Migração <input type="checkbox"/> Divulgação indevida <input type="checkbox"/> Baixa procura <input type="checkbox"/> Dificuldade de contato com a Central <input type="checkbox"/> Informação prestada incorreta <input type="checkbox"/> Ameaça judicialização <input type="checkbox"/> Apenas procedimentos estético <input type="checkbox"/> Aposentou <input type="checkbox"/> Carteira de clientes particular - sem interesse convênio <input type="checkbox"/> Mudou de área <input type="checkbox"/> Atendendo apenas SUS <input type="checkbox"/> Terceirização de atendimento <input type="checkbox"/> Mais tempo com os filhos		
Necessário abertura de protocolo <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Obs. Geral		
Possui profissionais nas áreas atuantes		
Sector responsável <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Análise técnica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Central de atendimento		
Assinatura: <u>Agata B. da B. Gomes</u> Assinatura: <u>Agata B. Gomes</u> Data: <u>15/02/2023</u>		